

Medicentro 2000;4(2)

HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL DOCENTE
"JOSÉ LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA.

CARTA AL EDITOR

Teratoma mediastinal. Presentación de un paciente

Por:

Dra. María del Carmen Cordeiro Díaz¹, Dra. Juana María Portal Orozco² y Dr. Carlos L. Valentín Ruiz³.

1. Especialista de II Grado en Pediatría. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Pediatría.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

Señor Editor:

Los tumores del mediastino no son frecuentes en los niños. El estudio de una masa mediastinal en pediatría debe realizarse de forma rápida¹. Es importante conocer los síntomas sugestivos, que pueden ser: disnea con sibilancias, dolor torácico, hemoptisis, tos y disfagia. De acuerdo con su localización anatómica²⁻⁴, el diagnóstico debe apoyarse en los elementos clínicos y en estudios complementarios, como rayos X de tórax anteroposterior y lateral. En la vista lateral puede observarse la división del mediastino en anterior, medio y posterior; en ocasiones estos tumores se descubren accidentalmente al realizar una radiografía de tórax.

Los más frecuentes en el niño son los de origen neurogénico, situados en mediastino posterior.

En mediastino anterior observamos el teratoma, que es la anomalía embriológica que sigue en frecuencia a los tumores neurogénicos. Pueden ser sólidos o quísticos; contienen tejidos derivados de las tres hojas embrionarias, además de cartílago y hueso. Pueden alcanzar un tamaño enorme, que provoca desplazamiento o compresión del mediastino y sus órganos: tráquea, esófago, corazón y grandes vasos; si se produce infección dentro del quiste y erosión de la pared pleural o de la tráquea, la expulsión de pelos con la tos constituye, en estos casos, un signo patognomónico⁶⁻⁸.

La conducta a seguir es la intervención quirúrgica, por la posibilidad de que se malignice y, además, el crecimiento continuado produce grandes síntomas de compresión que complican la extirpación operatoria⁹⁻¹¹.

Presentación del paciente:

Niña de dos años de edad, blanca producto de embarazo y parto normal, con antecedentes de infección urinaria y dermatitis atópica.

Ingresa en nuestro centro el 15-5-99 por presentar disnea de moderada intensidad; se le realiza radiografía de tórax (Fig 1) y se diagnostica neumonía de hemitórax izquierdo, por lo que se inicia terapéutica con antibióticos.

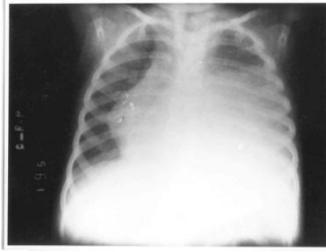


Fig 1 Rayos X de tórax en vista AP. Se observa radioopacidad que ocupa dos tercios del hemitórax izquierdo, con desplazamiento del mediastino.

En los complementarios llama la atención un hemograma y una eritrosedimentación normal para su edad; mejora clínicamente pero persiste el cuadro radiológico. El 19-5-99 se realiza ultrasonido torácico, donde se observa imagen de aspecto y densidad variable que interesa la totalidad del hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastínico y derrame pleural de pequeña cuantía; se sugiere realizar BAAF (99F030) en la que se extrae líquido claro y después sanguinolento, negativo de células neoplásicas, y no concluyente para diagnóstico de certeza, por lo cual se decide utilizar otros medios diagnósticos. No se descarta la posibilidad de un hematoma intratorácico, ya que posteriormente se refirieron antecedentes de trauma a ese nivel (Fig 2).

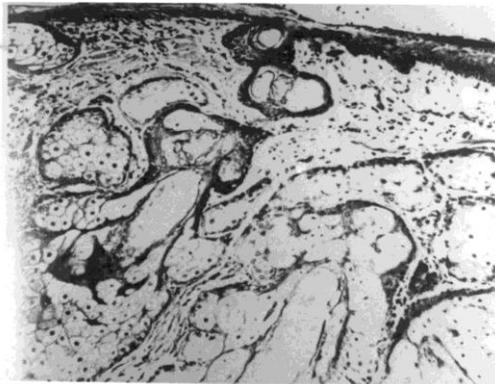


Fig 2 Microfotografía del tumor que muestra epitelio respiratorio, glándulas bronquiales, músculo liso y cartilago.

Se realiza tomografía axial computadorizada de tórax que informa imagen de aspecto tumoral (Fig 3).



Fig 3 Tomografía axial de tórax donde aparece la imagen tumoral en mediastino anterior.

Se determina realizar toracotomía, mediante la cual se encuentra teratoma gigante en mediastino anterior con formaciones quísticas y óseas, que al examen microscópico midió 10 x 8 cm, con peso de 280 g (Fig 4), con diagnóstico histológico (99-B722) de teratoma.

Durante el acto quirúrgico hace parada cardíaca. Se recupera inicialmente, pero mantiene inestabilidad hemodinámica, bradicardia y signos de coagulación intravascular diseminada; fallece 24 horas después.

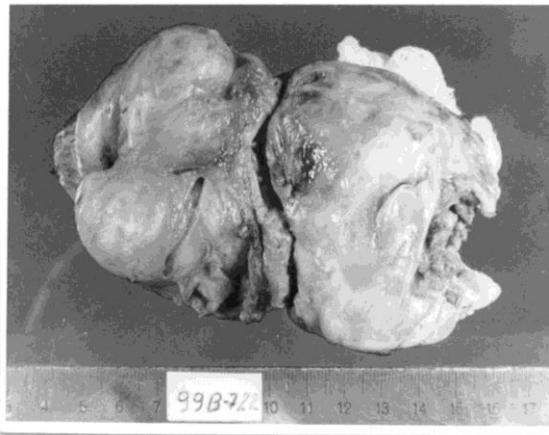


Fig 4 Aspecto macroscópico del tumor; nótese el tamaño y el aspecto multilobulado.

Los resultados anatomopatológicos recogidos en la autopsia (99-A-023) son los siguientes: microtrombos en capilares septales alveolares, pancreáticos y cerebrales, microtromboembolismos de ramas finas y medianas de la arteria pulmonar, atelectasia sedimentaria de pulmón izquierdo, edema y focos de congestión y hemorragia en pulmón izquierdo y trombosis mural de la pared del ventrículo izquierdo (Fig 5).



Fig 5 Microfotografía de otra área del tumor; se observa epitelio estratificado y glándulas sebáceas.

Comentarios

Los teratomas son tumores infrecuentes en el niño. Sus manifestaciones clínicas son debidas esencialmente al volumen que ocupa y a su localización anatómica, que puede ser extensa; por esto, aunque es benigno, puede comprometer la vida del paciente, como ocurrió en el caso estudiado. Los síntomas que se encuentran con mayor frecuencia son: dolor torácico, tos, dificultad respiratoria, presencia de hemoptisis y disfagia. Es notable que cierto número de estos tumores - incluso de gran tamaño- sean asintomáticos, y se descubran accidentalmente al realizarse una radiografía de tórax^{5,6}.

El teratoma es la anomalía embriológica que sigue en frecuencia a los tumores neurogénicos. Contienen tejidos derivados de las tres hojas embrionarias, además de cartílago y hueso. No son frecuentes en mediastino, y se localizan en cráneo, abdomen y en el cóccix. En ocasiones alcanzan un tamaño enorme, que produce desplazamiento del mediastino y sus órganos.

La conducta que se recomienda es la intervención quirúrgica porque puede malignizarse, o por el crecimiento continuado, que produce síntomas de compresión y puede complicar la extirpación operatoria^{7,8}.

Dado lo voluminoso del tumor, al realizarse la descompresión en el acto quirúrgico, la paciente hizo parada cardíaca y, como está descrito, en las grandes intervenciones quirúrgicas en una zona como el mediastino, puede producirse una coagulación intravascular diseminada, que junto a las alteraciones hemodinámicas conducen a la muerte; de ahí inferimos la gravedad de estos casos en niños pequeños, y la importancia de su detección precoz mediante una vigilancia estrecha de síntomas sugestivos y un diagnóstico rápido para evitar su acelerado crecimiento^{12,13}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes MA, Aristizabal DG, Leal QF, Aristizabel DR. Neumología pediátrica. 3ª ed. Colombia: Médica Panamericana; 1998.
2. Kirkpatrick JA, Griscom NT. Pediatric imaging. En: Behrman RE, Vaughan N. Textbook of pediatrics. 14ª ed. Philadelphia: Saunders; 1992. p. 259-262.
3. Kuhn JP. The mediastinum. En: Silverman FN (ed), Caffey S. Pediatric diagnosis. 8ª ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1995. p. 82-83.
4. Schader F, Camacho F, Ortega J. Procedimientos diagnósticos en Neumología. Bogotá: De Gráficas Aguilera; 1998.
5. Choy SJ, Lee JS, Song NG, Limt H. Mediastinal teratoma. Am J Radiol 1998;171(3):591-594.

6. Kurosak Y, Tanaka YO. Nature teratoma of the posterior mediastinum. U R Radiol 1998;8(1):100-102.
7. Comiter CW, Ribel AS, Richie JP, Nucci MR, Renshaw A. Pronostic features of teratoma with malignant transformation; a clinico-pathological study of 21 cases. J Urol 1998;159(3):859-863.
8. Hachiyat J, Koizunit T, Hayazako M, Kubo K, Seckiguchim A, Yanyuda M, et al. Spontaneous regression of primary mediastinal germ cell tumor. J Clin Oncol 1998;28(4):281-283.
9. Liang R, Wang P, Chang FM, Chang CH, Yu CH. Prenatal sonographic characteristic doppler blood flow study in a case a large fetal mediastinal teratoma . Ultrasound Obstet Gynecol 1998;11(3):214-218.
10. Sánchez Herмосillo E, Sikirica N, Cáster D, Valigorsky JM. 10.Sudden death due to undetected mediastinal germ cell tumor. An J Forensic Med Pathol 1998;19(1):69-71.
11. Benson CD, Mustard WT, Ravitch MM, Snyder WH, Welch KJ. Cirugía infantil. Cuba: Instituto Cubano del Libro; 1967.
12. Mobsen MD, Silva Arlaniam M, Baun G, Berger R, Bernard P, Black S, et al. Mediastinal. 4^a ed. USA: Massen; 1990.
13. Kenneth J, Neich MD, Judson G, Randolph MD. Pediatric surgery. 4^a ed. Chicago: Publishers; 1986.